

QUADERNI

Quaderni

Communication, technologies, pouvoir

85 | Automne 2014

La régulation de la qualité dans le secteur de la santé

Payer la qualité des soins à l'hôpital

Réflexions à propos d'un dispositif innovant : l'expérimentation IFAQ
(Incitation Financière à la Qualité)

Jean-Claude Moisdon



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/831>

DOI : 10.4000/quaderni.831

ISSN : 2105-2956

Éditeur

Les éditions de la Maison des sciences de l'Homme

Édition imprimée

Date de publication : 5 octobre 2014

Pagination : 29-38

Référence électronique

Jean-Claude Moisdon, « Payer la qualité des soins à l'hôpital », *Quaderni* [En ligne], 85 | Automne 2014, mis en ligne le 05 octobre 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/831> ; DOI : 10.4000/quaderni.831

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Tous droits réservés

Payer la qualité des soins à l'hôpital

Réflexions à propos d'un dispositif innovant : l'expérimentation IFAQ
(Incitation Financière à la Qualité)

Jean-Claude Moisson

- 1 Depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, et quelques quinze ans après les États-Unis, la France s'est lancée dans le développement d'un système d'indicateurs de la qualité des soins hospitaliers. Après une période d'émergence et de tâtonnements prudents¹ vis-à-vis notamment de la profession médicale, le recueil d'un certain nombre des indicateurs ainsi conçus a été rendu obligatoire et leurs résultats publics. Cette évolution vers la transparence a été favorisée par un travail important de légitimation scientifique, portée par une équipe de recherche, COMPAQ-HPST², travaillant en coopération avec la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) et l'HAS (Haute Autorité de Santé).
- 2 Un pas supplémentaire est en passe d'être franchi : est envisagée la mise en œuvre d'une incitation financière fondée sur les indicateurs validés et publics, dans l'optique générale du mouvement général connu sous le terme de P4P (Payment for Performance), qui avait auparavant conduit en 2004 à la mise en place de la T2A (Tarification à l'Activité). L'effet le plus notable de cette dernière, à savoir une augmentation générale des séjours hospitaliers, sans que l'on sache juger de la pertinence de cette activité supplémentaire ni de son impact sur la qualité, n'a pas été pour rien dans l'idée de contrebalancer l'incitatif au développement par un autre, également de nature économique, mais fondé sur la qualité du service rendu. L'inspiration provenait aussi des expériences étrangères, les États-Unis, suivis par la Grande-Bretagne, puis par d'autres pays, ayant multiplié les programmes P4P (en médecine de ville et en milieu hospitalier). Le fait, que le bilan de ces expériences est loin d'être net, donne lieu à des points de vue controversés³ et conduit à une démarche là encore volontairement prudente, l'opération dite IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) restant pour le moment une expérimentation chargée de répondre à une question somme toute assez simple : la mise en place d'une incitation financière provoque-t-elle une amélioration plus importante de la qualité ?
- 3 La décision de lancer cette expérimentation a été prise au milieu de l'année 2011. Un groupe de travail réunissant des membres représentant la DGOS, l'HAS, d'autres segments de l'administration impliqués, les quatre fédérations hospitalières, animé par le projet

COMPAQ-HPST, a commencé à se réunir en juin 2012, chargé de définir les principes et les règles de l'expérimentation.

- 4 Un appel à candidature a été lancé, sur la base de règles d'éligibilité définies par le groupe de travail ; 450 établissements se sont portés volontaires, 222 ont été retenus, essentiellement par échantillonnage stratifié selon la taille et le statut.
- 5 La sélection ayant été définitive en novembre 2012, la période d'incitation a alors commencé, pour se terminer à la fin de l'année 2013.
- 6 Une part importante des travaux du groupe a été consacrée à la conception d'un score qualité, donc à sélectionner les indicateurs pertinents, pour en tirer une appréciation quantifiée globale par établissement, ainsi que des règles de rémunération de ces derniers. Ces paramètres du modèle sont à cette date fixés pour l'essentiel.
- 7 L'évaluation des impacts sur les établissements aura lieu courant 2014, sur la base de deux échantillons de dossiers patients pour chaque structure, l'un prélevé au hasard sur la période précédant l'incitation, le second sur la période d'incitation. Seront utilisés des tests de comparaison entre les évolutions des scores moyens des établissements expérimentateurs, et celles d'un échantillon témoin, apparié, d'établissements hors expérimentation. Est prévue également une évaluation qualitative, à partir d'entretiens puis d'un questionnaire pour analyser les modalités d'appropriation de l'incitatif par les personnels des établissements.
- 8 Comme on le constate, il s'agit d'un dossier relativement technique, si bien que les fédérations hospitalières ont souhaité être accompagnées dans la démarche par des personnes (médecins, qualitatifs, chercheurs...) susceptibles de les aider. C'est dans ce cadre que l'auteur de ces lignes coopère avec la FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne), qui regroupe les établissements de santé et médico-sociaux privés non lucratifs.
- 9 Cette participation au dispositif (notamment à treize réunions du groupe de travail) permet, il me semble, sans attendre les résultats de l'expérimentation, de faire quelques observations sur le sens général de l'opération, que l'on peut regrouper en trois thèmes : la nature du processus participatif d'élaboration du modèle, les caractéristiques de ce dernier en termes notamment de lisibilité, sa capacité a priori à saisir les différentes dimensions de la qualité et à impulser des comportements « vertueux » chez les opérateurs de soins.

Le processus de décision : une démocratie de la rationalisation ?

- 10 Trois caractéristiques du processus de fixation des règles IFAQ semblent intéressantes à souligner :
- 11 - Il s'agit tout d'abord d'une expérimentation. Le concept certes est devenu familier, mais encore faut-il que l'on se dote d'un objectif précis, et d'une méthodologie consistante en matière d'observation et d'évaluation.
- 12 - Cette expérimentation a par ailleurs permis la mise en place d'une coopération étroite entre parties prenantes et monde de la recherche, ce qui est assez rare en France (beaucoup plus fréquent dans les pays anglo-saxons, mais pas sous cette forme), et plus spécifiquement avec une équipe aguerrie en matière d'évaluation et de métrologie de la

qualité des soins, mais également soucieuse des modes d'appropriation du dispositif par les acteurs, notamment les professionnels de soin. La mise en parallèle de l'évaluation quantitative prévue et d'une investigation qualitative dans un petit échantillon d'établissements en témoigne.

- 13 - Enfin, le calibrage du modèle d'incitation, passant par la cotation des indicateurs et leur agrégation, se déroule au sein d'un groupe de travail pluri-institutionnel, comme on l'a dit, qui a tenu déjà quinze séances, autour d'un objet peu habituel dans le monde de la négociation, puisqu'il s'agit de la modélisation d'une situation de gestion, problématique relativement compliquée et conduisant à relier formellement entre elles un grand nombre de variables en s'efforçant d'anticiper les effets d'un tel édifice sur des comportements collectifs. La demande de démocratie se développe actuellement autour de la technique (qui en restait très éloignée)⁴, par exemple autour du nucléaire, mais rarement autour de ce que l'on peut appeler les instruments du gouvernement, curieusement d'une certaine façon quand on examine la façon dont ils envahissent non seulement les entreprises mais également l'Administration⁵ ; peu de recherches ou d'analyses existent également sur ces configurations participatives, qui émergent pourtant ici ou là (par exemple, pour rester proche de l'objet, sur certains modules de la T2A, sans doute d'ailleurs insuffisamment⁶).
- 14 In fine, après un démarrage jugé par tous assez difficile, cette « ratio-démocratie » (s'il faut lui donner un nom) fonctionne assez bien sachant que les deux institutions promotrices, la DGOS et l'HAS, ont conservé le droit d'arbitrage. Mais elles l'utilisent après des débats nourris, où chacun essaie d'anticiper les effets de tel ou tel choix d'indicateur, de telle ou telle méthode d'agrégation sur le score final et la puissance de l'incitation, aidés en cela par l'équipe de recherche qui s'efforce entre deux réunions de simuler les effets de ces choix sur les notations des établissements. Par ailleurs, contrairement à ce que l'on pourrait craindre légitimement, « l'effet casquette » (par exemple pour les fédérations des choix formels très axés sur la défense de leurs « poulains ») n'est pas si dominant que cela, les réflexes institutionnels laissant manifestement la place à la préoccupation la plus générale de l'amélioration de la qualité des soins. On a là évidemment l'effet d'un objectif unanimement légitime, mais aussi celui de l'incertitude consubstantielle liée à l'exercice lui-même. Car les outils de gestion s'opposent trait par trait aux outils techniques (au sens classique du terme) sur deux caractéristiques a priori nécessaires au processus délibératif : la capacité de formalisation et la capacité de prévision. Les outils techniques sont peu malléables (et peu compréhensibles en général) dans leur fonctionnement interne mais assez prévisibles dans la nature de ce qu'ils produisent, alors que les outils de gestion ont une grande flexibilité de construction, mélange de science et de conventions (IFAQ en est un bon exemple), mais en revanche sont largement indéterminés quant à leurs résultats, devant s'inscrire dans des processus sociaux complexes en eux-mêmes peu formalisés (et peu formalisables sans doute)⁷.

De la simplicité du principe incitatif à la complexité du modèle

- 15 Cela posé, à quel résultat, c'est-à-dire à quel modèle et à quel système de règles est parvenu le groupe ?

- 16 Il faut tout d'abord signaler que les indicateurs choisis sont des indicateurs de processus, au sens de la fameuse trilogie de Donabedian⁸ : Structure/Processus/Résultats, trois points de vue différents pour l'évaluation de la qualité. Par exemple, il s'agit de la conformité du dossier patient (présence du compte rendu opératoire, du dossier anesthésique, du bilan médical à l'entrée etc.), du délai d'envoi au médecin traitant du compte rendu d'hospitalisation, ou encore d'un indice de traçabilité de la douleur. La sélection finale comporte neuf composantes, certaines étant formées à partir de plusieurs indicateurs (comme celle sur les pratiques exigibles prioritaires, issues de la certification).
- 17 Ce choix du processus vient essentiellement du fait que l'on ne dispose à l'heure actuelle que peu d'indicateurs de résultats, ces derniers étant pourtant préférés dans leurs principes par la plupart des observateurs.
- 18 Il n'est pas certain que ce choix « faute de mieux » soit à regretter.
- 19 Les indicateurs de processus en question, sont simples à mesurer et ne nécessitent pas un effort supplémentaire au niveau du protocole même de mesure, puisqu'ils sont obligatoires.
- 20 Par ailleurs la qualité en tant que telle, qui est multidimensionnelle comme chacun sait⁹, est difficile à objectiver dans un système incitatif qui se focalise nécessairement sur un nombre limité de résultats (par exemple la mortalité à trente jours) qui ne sauraient la résumer à eux seuls, et qui posent par ailleurs des problèmes de standardisation et d'imputabilité.
- 21 Enfin un avantage considérable des indicateurs de processus est qu'ils proposent un schéma immédiat de compréhension et d'action, ou plutôt de rétroaction, pour les professionnels de soins qui les alimentent : telle ou telle information n'a pas été consignée, telle ou telle mesure n'a pas été effectuée, tel délai a été dépassé, etc. Les corrections peuvent être plus ou moins aisées à exécuter (entre le rappel à l'ordre et l'augmentation des ressources) mais elles ne sont pas compliquées à imaginer, le signal étant parfaitement clair.
- 22 À ce titre, on peut comparer le dispositif IFAQ à cet autre incitatif qui l'a précédé, et qu'il aimerait contrebalancer, qui est l'incitatif T2A. Comme de nombreux évaluateurs critiques l'ont récemment souligné, la richesse du signal économique T2A (les 2400 GHS, les milliers de règles, etc.) se paye par une complexité et une instabilité difficile à maîtriser sur le terrain, les résultats à ce niveau donnant lieu à de véritables herméneutiques, aux conclusions du reste aventureuses¹⁰. Et quand malgré tout ils conduisent à une action correctrice, c'est toute une chaîne d'acteurs qu'il faut enrôler, convaincre, autour d'objectifs beaucoup moins surs que la simple inscription dans un formulaire ou dans un fichier, et beaucoup moins légitimes également que la qualité. C'est pourquoi une conclusion provisoire assez généralement partagée sur les effets de la T2A est qu'elle n'impacte que difficilement le niveau de la production de soins elle-même, en tant qu'outil de pilotage de la performance économique à ce même niveau.
- 23 Ici rien de tout cela : l'appréciation positive repose sur le fait simple que tous les chaînons de la séquence d'actes élémentaires qui composent un épisode de soin ont bien été effectués, qu'ils ont été inscrits pour en informer ceux qui vont reprendre par la suite la prise en charge du patient, ou encore que les dispositifs censés lutter contre l'avènement de tel ou tel risque sont bien en place.

- 24 Ce satisfecit sur l'élégance conceptuelle du dispositif étant posé, force est de constater malgré tout que l'on arrive, au bout de quinze réunions, à quelque chose d'assez sophistiqué, comme le montre la lecture des documents édités dans le cadre de l'expérimentation. Une complication notable par exemple est liée au fait que pour la plupart des indicateurs on prend en compte à la fois l'excellence (sa cotation en fin d'expérimentation) et l'effort (sa variation sur la période d'incitation). Ce point a été très discuté dans le groupe, certains participants estimant que seule comptait vraiment l'excellence. L'argument selon lequel c'était l'effort qui pouvait permettre d'évaluer la force de l'incitation l'a finalement emporté. Mais le compromis consistant à conserver les deux dimensions mène à une combinatoire qui en elle-même peut paraître assez obscure à ceux qui ne sont pas habitués à la lecture de tableaux croisés ; le résultat en est une note pour chaque indicateur, ce qui est rassurant, mais il faut ensuite aboutir à une note globale unique pour ranger les établissements. Après discussions dans le groupe, l'agrégation se fait par une formule, heureusement linéaire, où chaque indicateur est affecté d'un coefficient censé traduire son impact sur la qualité.
- 25 Le modèle obtenu est certes plus simple à comprendre que l'édifice majestueux de la T2A, mais il est aussi suffisamment compliqué pour que le lien entre ses divers paramètres et les orientations possibles au niveau des établissements ne soit pas évident. Cette observation vaut surtout en fait pour la généralisation, car, en ce qui concerne l'expérimentation, la construction du modèle s'est fait pratiquement sur toute la phase d'incitation, si bien que les établissements n'ont pu avoir qu'une idée assez vague des règles qui allaient conditionner le système de gratifications. On peut au total se demander si le comportement induit au niveau des professionnels en charge de la qualité ne va pas être guidé par la simple liste des indicateurs, sous lesquels on « poussera le feu » indifféremment, un peu comme ce qui s'est passé avec la T2A, le concept global de tarification ayant incité effectivement, mais finalement à une augmentation d'activité tous azimuts, faisant une part minime à la richesse du signal économique, décliné pourtant à grands frais en plus de 2400 items.
- 26 En tout cas le caractère différenciant de l'incitatif sera peu opérant dans l'expérimentation, et il s'agira dans la généralisation d'en évaluer précisément la portée, car au fond, ce n'est pas la peine de concevoir, même ratio-démocratiquement, un outil sophistiqué si seule la philosophie générale sous-jacente a un impact.
- 27 On peut se demander au total si l'objectif de l'expérimentation, à savoir tester la sensibilité du comportement des professionnels de soin à un incitatif centré sur la qualité, n'aurait pas pu conduire au choix d'un nombre très réduit d'indicateurs.
- 28 En fait, cette optique, qui était partagée par certains membres du groupe, n'a pas tenu le choc devant quatre types de mécanismes :
- 29 - Les deux institutions promotrices de l'opération, DGOS et HAS, ont clairement utilisé l'expérimentation pour en quelque sorte donner une impulsion supplémentaire aux indicateurs qu'ils ont créés et rendus obligatoires, ce qui peut se comprendre.
- 30 - À partir de là, l'idée d'une agrégation s'impose, les composantes en question étant très différentes par nature. La simple somme est une pondération comme les autres, et de surcroît sans support intuitif, dans la mesure où certains critères sont apparus clairement plus importants que d'autres aux yeux des membres du groupe.
- 31 - Comme signalé plus haut, le concept d'effort a très vite été introduit, parallèlement à celui d'excellence, d'où la fameuse matrice de transition combinant ces deux notions,

avant agrégation finale, la note finale apparaissant comme résultat d'une alchimie peu aisée à démêler.

- 32 - Enfin, la « ratio-démocratie » elle-même est une source de complexification. Même si au fond s'est dégagé un relatif consensus sur ce qui était important ou non, les poids ou les principes proposés par les uns et les autres pouvaient être malgré tout être assez divergents. D'où la nécessité, portée par les arbitres, de pondérer les pondérations. D'une façon générale, on peut se demander si cette procédure collective, malgré ses vertus, ne conduit pas spontanément, par introduction successive des précisions apportées par les uns et les autres, à des formalisations aussi complexes que celles de modélisateurs éloignés peaufinant à loisir leurs modèles (aussi complexes, mais sans doute différentes, faut-il le préciser).
- 33 Au total il était assez difficile de résister à cette sorte d'automatisme de la complexification, à partir du moment où les prémisses du dispositif étaient admis. Il convient d'ajouter que ce phénomène ne risque pas de s'atténuer dans le cadre de la généralisation, COMPAQ-HPST par exemple travaillant sur environ 80 indicateurs.
- 34 L'observateur peut être amusé ou mélancolique, selon son tempérament ou sa position, en constatant que les principes limpides portés par les économistes partisans des incitatifs financiers se traduisent, quasi-inéluctablement, en d'intenses bricolages, rationnels pas à pas tout en devenant relativement éloignés des hypothèses de départ. Mais n'est-ce pas l'activité concernée elle-même qui veut cela ?

Processus versus gestion locale de la qualité

- 35 L'alternative processus/résultats fait penser à la célèbre (dans une autre communauté scientifique) classification conçue par le sociologue Henri Mintzberg¹¹ sur la façon dont les organisations pouvaient se coordonner : supervision directe, résultats, processus, compétences, normes, ajustement mutuel. Dans le cas de la gestion de la qualité dans un établissement de santé, la supervision directe (actions commandées dans le détail par un acteur surplombant et omniscient) n'a guère de sens, alors que deux autres modalités, les compétences et les normes apparaissent au contraire légitimement omniprésentes dans une organisation professionnelle dont l'activité est socialement cruciale. Il semble qu'elles ne suffisent pas (ce qui, rappelons-le, est relativement nouveau), d'où la multiplication des initiatives prises par le régulateur pour « stimuler » la qualité des soins et la sécurité des patients (certification, protocoles, recommandations, indicateurs rendus publics etc.). Cette régulation porte pour l'instant essentiellement sur un cadrage des processus, que l'on retrouve là encore dans la liste de Mintzberg. Mais il reste de cette liste un dernier levier de la coordination : l'ajustement mutuel, c'est-à-dire un mode de coordination fondé sur une communication informelle entre les acteurs de production eux-mêmes, en dehors de toute prescription venant d'en haut ou de services fonctionnels. Dans quelle situation organisationnelle se met en place, naturellement parce que guidée par la nécessité de la l'activité, une telle modalité de travail ? dans celles marquées par l'incertitude et la variabilité, où l'activité résulte de l'enchevêtrement de multiples processus, où les façons de faire ne sont routinisables que partiellement. Dans ce cas les acteurs ont tendance à se connecter spontanément sur les événements, en dehors des règles, et dans une intense activité de résolution de problèmes.

- 36 N'est-ce pas ce type de configuration que l'on retrouve à l'hôpital, où la qualité et notamment la sécurité dépend aussi bien d'un système d'information bien construit, dont on respecte les préconisations, que de la transmission défectueuse d'information entre professionnels, ou de l'erreur de lecture d'une écriture de médecin, ou de la trop grande rapidité de nettoyage d'un prestataire extérieur ?
- 37 Dans ce cadre particulier la qualité est partout et nulle part ; elle dépend non seulement de processus bien pensés et de leur observance par les professionnels, mais elle se situe également à la fois au dessus, à côté, aux interstices des processus, se joue entre les chaînons explicités de ces derniers¹². Elle implique une attention et une vigilance continue et non seulement l'assurance que les étapes essentielles ont bien été franchies et inscrites. Elle dépend de multiples facteurs qui vont de la qualité des équipements à la santé au travail, en passant par la gestion des compétences ou encore la superposition plus ou moins cohérente des injonctions venant du régulateur.
- 38 Pour un certain nombre d'observateurs, ces caractéristiques supposent une gestion collective locale, faite de communication libre, atténuant les réflexes hiérarchiques, d'entraide, de reconnaissance mutuelle, également d'apprentissage à partir des erreurs, ce qui suppose un affichage – ce qui n'est pas évident – et un traitement collectif qui aille au-delà du REX officiel.
- 39 Ce pilotage de la qualité en équipe, invisible de l'extérieur, existe à coup sûr à l'hôpital, mais quelle est son efficacité réelle ? Quelle est même son ampleur ? L'hôpital est-il une HRO (High Reliability Organization)¹³, pour reprendre la terminologie d'un courant de recherche sur le management des risques, mettant l'accent sur ces systèmes relationnels particuliers que l'on vient d'évoquer ? Ou faut-il donner une impulsion allant dans ce sens, un peu comme ce qui s'est passé dans l'aviation, avec le CRM (Crew Resource Management), programme mélangeant allègrement psychologie, sociologie et même psychanalyse pour améliorer la qualité des communications à l'intérieur du cockpit afin de diminuer les incidents de vol ? La comparaison n'est-elle pas abusive, compte tenu des différences organisationnelles en cause ? Un des problèmes essentiels est que cette gestion suppose de toute façon des espaces de réflexion collective qui, peut-être, avec les cadrages économiques actuels, ONDAM, T2A, etc. sont en train de se rétrécir.
- 40 Plus précisément concernant IFAQ, la question qui se pose est la plus ou moins grande compatibilité entre une incitation qui se focalise sur les processus et cette « culture locale » de la santé, expression d'ailleurs contestable car il s'agit moins en fait de culture (terme d'ailleurs difficile à spécifier) que de la mise en place de dispositif concrets, mais au niveau des équipes de soin elles-mêmes.
- 41 La question est difficile, et les réponses qui opposent les partisans du local participatif à ceux de la nécessité de la régulation apparaissent souvent trop « a priori ». On pourrait considérer par exemple que, loin de lui être incompatible, la seconde posture n'est pas sans offrir un soutien à la première : l'impossibilité de prescrire de façon précise cette gestion locale, et le fait que, comme on l'a dit, on peut se poser des questions sur ses conditions actuelles d'efficacité, ne plaident-ils pas pour une action à distance, qui n'entre pas dans la boîte noire, mais qui adresse des signaux, donne une orientation, milite pour un maintien de l'attention, une rigueur des pratiques et de la traçabilité, en créant une sorte d'entraînement, au sens de l'entraînement sportif¹⁴ ? Dans quelle mesure cette idée va-t-elle fonctionner réellement au niveau opérationnel ? À dire vrai, dans l'état actuel de nos connaissances, cet effet du formel sur l'informel reste une conjecture.

- 42 En tout état de cause, l'ensemble de ces deux remarques laissent à penser que, comme pour la T2A, on aura affaire à une forte médiatisation de l'incitatif par l'organisation, ce que suggèrent d'ailleurs les premiers résultats de l'analyse qualitative. Il semble donc indispensable de poursuivre ce type d'investigation, parallèlement à l'évaluation quantitative.

NOTES

1. Voir article de Fache, Minvielle, Sicotte et Waelli dans ce même numéro.
 2. Coordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité Hôpital - Patient - Sécurité - Territoire.
 3. AK. Jha, « Time to be serious about Pay For Performance », *Jama*, vol 309, n° 4, 2013, pp. 22-30.
 4. Voir par exemple A. Feenberg, *(Re)penser la technique. Vers une technologie démocratique*. La Découverte, 2004.
 5. P. Lascoumes, P. Le Gales, *Gouverner par les instruments*, Paris, Sciences Po, 2004.
 6. JC. Moisdon, « De l'incitatif économique à la machine de gestion. Le cas des établissements de santé », *Quaderni*, n° 82, automne 2013.
 7. JC. Moisdon (dir) *Du mode d'existence des outils de gestion*, Seli Arslan, 1997.
 8. A. Donabedian, *The definition of quality and approach to its management*, Ann Arbor, Health Adm. Press, 1980.
 9. Il existe plusieurs dizaines de définition de la qualité des soins dans la littérature.
 10. JC. Moisdon, *De l'incitatif économique à la machine de gestion*, op.cit.
 11. H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, 1982.
 12. Voir: R. Koppel, S. Gordon (ed.), *First do less harm*, Cornell University Press, 2012.
 13. DP. Baker, R. Day, E. Salas, « Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations », *Health Service Research*, 41, 2006, pp. 1576-1598.
 14. Auquel cas l'effet d'imprécision produit par la complexité du modèle IFAQ n'a pas que des inconvénients : il contribue à susciter une vigilance généralisée.
-

RÉSUMÉS

IFAQ (Incitation Financière à la Qualité) est une expérimentation visant à anticiper les effets d'une rémunération des établissements de santé français en fonction de leur performance évaluée à partir d'indicateurs. L'article commente cette opération sous trois aspects : le processus de construction du dispositif, largement coopératif, la complexité du modèle aboutissant à un score global pour tout établissement, et les mécanismes qui y ont conduit, la question de la compatibilité entre un incitatif national construit à partir d'indicateurs de processus et une gestion locale de la qualité par les équipes de soignants elles-mêmes.

The experiment IFAQ (Incitation Financière à la Qualité) aims at anticipating the future effects of a financial incentive for quality improvement in the French hospitals. The article discusses this innovation according to three aspects : the collaborative nature of the design of the payment system ; the complexity of the model so obtained and the reasons of such a result ; the consistency of a national tool developed from standardized process measures and a local management of the quality in health care teams.

AUTEUR

JEAN-CLAUDE MOISDON

Directeur de recherche émérite
École des Mines de Paris